

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CARREÑO          | LOPEZ            | ANA GABRIELA | 29                  | 08  | 2007 | 18 años, 10 meses, 17 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315795177        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | EL PARAISO y                 | 099-155-5230 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1315795177      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Nutrición    |  | 2026  | 07  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONTROL MÉDICO Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR AMENORREA SECUNDARIA DE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, ASOCIADA A DOLOR PÉLVICO TIPO CÓLICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN. COMO ANTECEDENTE REFIERE LEGRADO UTERINO POR ABORTO INCOMPLETO. EN LA ECOGRAFÍA PÉLVICA SE EVIDENCIA MORFOLOGÍA OVÁRICA MULTIFOLICULAR BILATERAL, HALLAZGO QUE DEBE CORRELACIONARSE CON LA CLÍNICA Y EL PERFIL HORMONAL. AL EXAMEN ANTROPOMÉTRICO PRESENTA ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE 33,69 KG/M², COMPATIBLE CON OBESIDAD GRADO I, CONSTITUYENDO UN FACTOR DE RIESGO PARA ALTERACIONES METABÓLICAS Y MENSTRUALES. POR LO EXPUESTO, SE EMITE REFERENCIA AL SERVICIO DE NUTRICIÓN PARA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE ALIMENTACIÓN INDIVIDUALIZADO, INTERVENCIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA Y APOYO EN EL MANEJO INTEGRAL DE LA OBESIDAD COMO PARTE DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE 33,69 KG/M<sup>2</sup>, COMPATIBLE CON OBESIDAD GRADO I. ECOGRAFÍA PÉLVICA QUE EVIDENCIA ÚTERO DE CARACTERÍSTICAS NORMALES, ENDOMETRIO DE 4 MM Y MORFOLOGÍA OVÁRICA MULTIFOLICULAR BILATERAL, CON MÚLTIPLES FOLÍCULOS PEQUEÑOS EN AMBOS OVARIOS, HALLAZGO QUE DEBE CORRELACIONARSE CON LA CLÍNICA Y EL PERFIL HORMONAL. LA OBESIDAD CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PARA ALTERACIONES METABÓLICAS Y DISFUNCIÓN MENSTRUAL, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN NUTRICIONAL INTEGRAL PARA INTERVENCIÓN DIETÉTICA Y MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DE VIDA.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                          | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------|--------|-----|-----|
| OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS | E660   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     |  | FIRMA                                                                                       |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-07-16 | 10:26 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |                                                                                     | Validar únicamente en FirmaBC.<br>Firmado electrónicamente por:<br>MABEL MARIA PALMA GARCIA |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud |  | Tipo | Servicio | Especialidad |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|--|------|----------|--------------|--|
|                     |                 |                          |  |      |          |              |  |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |  |      |               | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|--|------|---------------|-------|-----|-----|
|                                       |                          |  | /    |               |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud |  | Tipo | Distrito/Area | día   | mes | año |

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------|------------|-------|
| 2026-07-16 | 10:26 | Medicina Rural | MABEL MARIA PALMA GARCIA | 1316058062 |       |